

USO DEL CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30 PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Antonio Galán Rodríguez¹, M^a Ángeles Pérez San Gregorio

y Alfonso Blanco Picabia

Universidad de Sevilla (España)

Resumen

Los aspectos psicosociales de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) han sido abordados especialmente desde el ámbito de la Calidad de Vida, pero disponemos de pocos instrumentos útiles para evaluarla. Hemos estudiado el funcionamiento del cuestionario EORTC QLQ-C30 tras aplicarlo a dos grupos de enfermos con EPOC (32 enfermos estabilizados y 32 enfermos en un momento de descompensación). Encontramos que esta prueba proporciona perfiles diferentes acordes a las distintas situaciones médicas, muestra buenos índices de fiabilidad y tiene una aceptable capacidad predictiva sobre las alteraciones afectivas (ansiedad y depresión evaluadas con el Hospital Anxiety and Depression Scale). Concluimos que este cuestionario puede ser utilizado como base para elaborar un instrumento específico para esta población. Además, encontramos datos que muestran el gran deterioro vital que puede implicar una EPOC.

PALABRAS CLAVE: *Calidad de vida; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); EORTC QLQ-C30.*

Abstract

The psychosocial aspects of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) have been studied from a Quality of Life perspective, but few useful instruments have been developed in this field. This paper presents an assessment of the questionnaire EORTC QLQ-C30. Two groups of patients (32 COPD subjects in a stable phase and 32 COPD subjects in an acute phase of the disease) completed the questionnaire. EORTC QLQ-C30 provided different answer profiles for different medical conditions, it also showed good reliability indices and it had an acceptable predictive capacity for affective disorders (anxiety and depression in the Hospital Anxiety and Depression Scale). The study concludes that this

¹ Correspondencia: Antonio Galán Rodríguez, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, C/ Camilo José Cela, s/n. Sevilla (España). E-mail: anperez@us.es

questionnaire may be used as a basis for elaborating a specific instrument for this population. Furthermore, the data obtained supply evidence of the severe vital impairment that COPD may involve.

KEY WORDS: *Quality of life, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), EORTC QLQ-C30.*

Introducción

Durante los últimos años asistimos a un progresivo aumento del interés por conocer e intervenir sobre las variables psicológicas y sociales que caracterizan a algunos grupos de enfermos. En el ámbito de las enfermedades respiratorias, solamente el asma ha recibido una atención destacada, de tal forma que cuadros como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), apenas han sido abordados. No obstante, recientemente diversos autores han mostrado su interés en profundizar en los aspectos psicosociales ligados a esta categoría nosológica, en la que se incluyen enfermedades como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

La EPOC es un cuadro respiratorio caracterizado por la obstrucción crónica al flujo aéreo (American Thoracic Society, 1987), que suele iniciarse de manera lenta e insidiosa pero que conlleva un deterioro progresivo. En los momentos iniciales de la evolución del cuadro suelen aparecer episodios de tos o disnea ante esfuerzos importantes y conforme avanza la enfermedad, son más frecuentes la tos, las expectoraciones y las dificultades ante tareas poco exigentes (Jones, 1995; Roback, 1984). El paciente deberá enfrentarse no sólo a la evolución crónica del cuadro, sino también a la frecuente aparición de descompensaciones, fundamentalmente en forma de insuficiencia respiratoria aguda, cuyo origen suele ser infeccioso (Dorca y Estopà, 1985; Hafner y Ferro, 1999). Estas descompensaciones suponen importantes agravamientos no sólo en el estado físico sino también en el estado de ánimo y en la capacidad para desenvolverse en las actividades cotidianas (autocuidado, movilidad, etc.).

El abordaje de los aspectos psicosociales de esta enfermedad se ha realizado especialmente desde el estudio de la Calidad de Vida y se ha llevado a cabo fundamentalmente desde el ámbito de la Medicina (Maille, Kaptein, De Haes y Everaerd, 1996; Sanjuàs y Alonso, 1995), en gran medida por el interés en evaluar los efectos de los tratamientos y realizar análisis costos-beneficios (Díez y Tobal, 1997; Fitzpatrick *et al.*, 1992; Guyatt, Feeny y Patrick, 1993). Estos trabajos muestran cierta diversidad de respuestas individuales en enfermos con las mismas condiciones clínicas; de la misma forma, señalan algunas limitaciones de las medidas fisiológicas para predecir la capacidad funcional y el nivel de bienestar de los enfermos. No obstante, estos estudios se enfrentan a la escasez de instrumentos que permitan abordar de manera satisfactoria este tipo de investigaciones.

La evaluación de la Calidad de Vida en enfermos con EPOC frecuentemente ha sido realizada con instrumentos genéricos, especialmente medidas del estado funcional o perfiles de salud; por ejemplo, han sido utilizados el SF-36 (Mahler y Mackowiak, 1995; Prieto, Alonso, Ferrer y Antó, 1997), el Nottingham Health Profile (Prieto *et al.*, 1997) y el Sickness Impact Profile (Huettner y Wuertemberger, 1997).

Los instrumentos genéricos tienen indudables ventajas, sobre todo la posibilidad de establecer comparaciones entre enfermos de distintas patologías; pero también tienen importantes inconvenientes, especialmente su falta de sensibilidad (Fitzpatrick *et al.*, 1992; Guyatt *et al.*, 1993). Son estas limitaciones las que han llevado a la creación de cuestionarios específicos para pacientes respiratorios (Jones, Quirk, Baveystock y Littlejohns, 1992). El primer instrumento con cierta relevancia fue el Chronic Respiratory Questionnaire (Guyatt *et al.*, 1987). Le siguieron otros, entre los que podríamos destacar el St. George's Hospital Respiratory Questionnaire (SGRQ) (Jones *et al.*, 1992), el Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLQ) (Tu *et al.*, 1997) y el Quality of Life for Respiratory Illness Questionnaire (QOL-RIQ) (Maille *et al.*, 1997). Si bien apenas existen trabajos de este tipo en nuestro país, algunos de estos cuestionarios han sido traducidos, y a veces adaptados, a nuestra población; como ejemplos podemos citar el trabajo de Ferrer, Antó, Alonso y The Quality of Life in COPD Study Group (1995) y el de Guell *et al.* (1995). Una dificultad de estos instrumentos es que algunos están muy centrados en el estado funcional del paciente, dejando poco espacio para elementos más subjetivos de la valoración que el enfermo hace de su estado psíquico y de su calidad de vida.

Un cuestionario que apenas ha recibido atención por parte de los autores que trabajan en este ámbito es el EORTC QLQ-C30, un instrumento creado por el grupo de trabajo sobre Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) para su uso en enfermos oncológicos. Es éste un instrumento que, a pesar de haber sido diseñado para un grupo de enfermos muy específico, ha mostrado diversas cualidades que han motivado su uso fuera de este ámbito en el que fue creado (De Boer *et al.*, 1993; De Boer *et al.*, 1994; De Boer, Van Dam y Sprangers, 1995; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993). En efecto, es un cuestionario con buenas cualidades psicométricas, fácil y rápido de aplicar, que recoge diversas áreas de funcionamiento personal relevantes en el enfermar y que se adapta a la definición de Salud propugnada por la Organización Mundial de la Salud (1976).

Vemos por tanto que nos encontramos ante un interés por conocer los indicadores de Calidad de Vida en los enfermos con EPOC, pero que no existe un buen repertorio de instrumentos con los que llevar a cabo su evaluación (Díez y Tobal, 1997). Partiendo de nuestra experiencia usando el EORTC QLQ-C30 en enfermos con EPOC, consideramos que podría resultar valioso determinar con detalle las posibilidades y límites del instrumento en esta población. Por ello, enfocamos esta investigación con el objetivo de:

1. Comprobar si las dimensiones que configuran el EORTC QLQ-C30 permiten recoger los cambios que a nivel biopsicosocial se producen en el enfermo cuando su estado médico cambia; en especial, cuando ese cambio supone el paso de una situación de estabilidad clínica a otro de descompensación de su enfermedad. En cuanto que necesitamos conocer los cambios psicosociales que acompañan a la evolución médica de los pacientes, el instrumento de evaluación que utilicemos debería ser capaz de dar cuenta de ellos; y esto es lo que deseamos probar con el EORTC QLQ-C30.

2. Establecer los niveles de fiabilidad de la prueba y las relaciones entre las distintas escalas que lo componen.
3. Conocer si las dimensiones que recoge el cuestionario poseen algún papel determinante en la presencia de manifestaciones ansiosas y depresivas (frecuentes objetivos de las intervenciones psicológicas demandadas en este contexto).

Método

Sujetos

Los sujetos de la investigación eran pacientes del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Fueron seleccionados dos grupos de enfermos, diagnosticados de EPOC por los neumólogos de la Unidad. Un grupo, de 32 sujetos, estaba compuesto por enfermos que acudían a consultas de seguimiento en un momento de estabilidad clínica (grupo de pacientes ambulatorios). El otro grupo, de 32 sujetos, lo componían enfermos que habían sufrido una descompensación de origen infeccioso que había revestido la suficiente gravedad como para requerir hospitalización (grupo de enfermos hospitalizados). Contábamos por tanto con dos grupos de enfermos con EPOC en situaciones clínicas y asistenciales muy diferentes.

En la selección de los sujetos se formuló como requisitos que los enfermos fueran varones, con una edad comprendida entre 45 y 85 años, y que no presentasen alteraciones en sus aptitudes sensoriales o estado mental que les impidiesen mantener una conversación congruente. En todos los casos esta selección de los enfermos respetaba el orden en que acudían o eran ingresados en las unidades en las que se llevó a cabo la investigación; además, se solicitaba su colaboración voluntaria para participar en el estudio.

Se recogieron distintas variables sociodemográficas en las que los dos grupos fueron comparados con el objetivo de caracterizarlos adecuadamente; los resultados indicaron que no existían diferencias intergrupales estadísticamente significativas. Por ello, podemos perfilar los dos grupos conjuntamente, como sujetos con una edad media de 64,37 años (con una desviación típica de 7,55), casados (78,1%) y que no trabajaban (93,8%); en lo que a nivel educativo respecta, predominaban aquellos que únicamente sabían leer y escribir (60,9%).

Instrumentos

EORTC QLQ-C30. Este cuestionario está compuesto por diversas escalas:

- a) cinco escalas funcionales: *Funcionamiento Físico* (ítems 1 a 5), *Funcionamiento del Rol* (ítems 6 y 7), *Funcionamiento Emocional* (ítems 21 a 24), *Funcionamiento Cognitivo* (ítems 20 y 25) y *Funcionamiento Social* (ítems 26 y 27);

- b) una escala global: *Estado de Salud/Calidad de Vida Globales* (ítems 29 y 30);
- c) tres escalas de síntomas: *Fatiga* (ítems 10, 12 y 18), *Náuseas-vómitos* (ítems 14 y 15) y *Dolor* (ítems 9 y 19);
- d) una serie de ítems individuales que recogen dificultades originadas por una enfermedad o un tratamiento: *Disnea* (ítem 8), *Insomnio* (ítem 11), *Pérdida de Apetito* (ítem 13), *Constipación* (ítem 16), *Diarrea* (ítem 17) e *Impacto Financiero* (ítem 28).

El cuestionario tiene un triple sistema de respuesta: a) Sí-NO en los siete primeros ítems; b) entre los ítems 8 a 28, las puntuaciones pueden oscilar entre 1 («En absoluto») y 4 («Mucho»); y c) los dos últimos ítems admiten una puntuación entre 1 («Pésima») y 7 («Excelente»). Según las normas de corrección del cuestionario, la puntuación en cada escala es transformada linealmente de tal forma que el resultado final se sitúa en un rango de 0 a 100, en el que la puntuación más alta indica un mejor nivel de funcionamiento dentro del área evaluada.

La bondad psicométrica de la prueba, unida a su extendido uso, han motivado su aplicación más allá de la población para la que fue diseñada. Por ejemplo, ha sido utilizada muy satisfactoriamente en individuos con infección por VIH o SIDA (De Boer *et al.*, 1993, 1994, 1995) y ha sido tomada como base para la construcción de un cuestionario para enfermos crónicos (Rodríguez-Marín *et al.*, 1993).

El cuestionario fue validado con una muestra española por Arrarás, Illarramendi y Valerdi (1995), mostrando satisfactorios datos de fiabilidad y validez, cercanos al estudio internacional de validación; no obstante, los autores plantean la necesidad de mejorar las escalas relativas al funcionamiento cognitivo y social.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Las medidas tradicionales de alteraciones afectivas se enfrentan a importantes dificultades en el ámbito de la Psiquiatría de Enlace, especialmente por la existencia de ítems que pueden reflejar tanto síntomas de una enfermedad como manifestaciones ansiosas o depresivas (dolores de cabeza, pérdida de peso, etc.). Esta situación llevó a Zigmond y Snaith (1983) a desarrollar el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), un cuestionario ampliamente utilizado, y cuyas características en cuanto a validez y fiabilidad son bastante satisfactorias (véase Herrmann, 1997, o Moorey *et al.*, 1991). Este cuestionario ha sido profusamente utilizado en nuestro país, donde ha sido adaptado por distintos autores; la versión usada por nosotros ha sido la de Caro e Ibáñez (1992).

El cuestionario consta de 14 ítems, siete referidos a la depresión y siete a la ansiedad, en los que se hace referencia a la forma en que el sujeto se ha sentido durante la última semana, debiendo elegir una de entre cuatro posibilidades de respuesta. La prueba proporciona dos valores, uno para la ansiedad y otro para la depresión, obtenidos a partir de la suma de las puntuaciones en cada subescala.

Procedimiento

Los sujetos del primer grupo eran entrevistados en un despacho adyacente al utilizado por su médico especialista. La evaluación del segundo grupo se realizaba en la

misma unidad de hospitalización, y se llevaba a cabo como mínimo 48 horas después del ingreso. Estas evaluaciones fueron realizadas por dos psicólogos con amplia experiencia en el instrumento utilizado y con la población considerada. Atendiendo al nivel cultural de la muestra, se descartó la autoadministración de los cuestionarios, por lo que los investigadores leían al sujeto el contenido de cada ítem y recogían debidamente su respuesta.

Resultados

Análisis de las diferencias intergrupales en las escalas del EORTC QLQ-C30

El primer paso de nuestro análisis consistió en el cálculo de las puntuaciones de los grupos en cada una de las quince escalas. Una vez obtenidas, llevamos a cabo un contraste con el estadístico «t» de Student para dos muestras independientes, con el objetivo de determinar en qué escalas existían diferencias intergrupales estadísticamente significativas. El análisis de estos datos, recogidos en la tabla 1, nos muestra que existen diferencias significativas en las siguientes cinco escalas: *Funcionamiento Físico* ($p<0,001$), *Disnea* ($p<0,001$), *Insomnio* ($p<0,01$), *Funcionamiento del Rol* ($p<0,05$) y *Funcionamiento Social* ($p<0,05$). En todos estos casos las puntuaciones más bajas aparecen en los enfermos agudos (hospitalizados), que se corresponderían en el cuestionario con un mayor deterioro. En efecto, las puntuaciones obtenidas en este grupo nos muestran el grave impacto sufrido sobre su funcionamiento personal (*Funcionamiento Físico*=23,75; *Funcionamiento del Rol*=17,19; *Disnea*=12,50; *Insomnio*=46,87); tan sólo en la escala *Funcionamiento Social* el nivel de deterioro es escasamente relevante (78,65), lo que nos indicaría que los enfermos consideran poco afectados sus lazos familiares y sociales durante la hospitalización. En el resto de las escalas, en las que no encontramos diferencias intergrupales, apenas existe deterioro en el funcionamiento personal; así, las puntuaciones en estas escalas oscilan entre 53,99 (*Fatiga*) y 94,27 (*Diarrea*).

Análisis de las diferencias intergrupales en alteraciones afectivas

El análisis de las puntuaciones totales en las escalas de Ansiedad y Depresión nos proporcionó los resultados expuestos en la tabla 2; utilizando nuevamente el estadístico «t», encontramos en ambas escalas que los enfermos hospitalizados obtienen puntuaciones más altas que los ambulatorios, si bien esta diferencia sólo resulta significativa en el caso de la Depresión ($p<0,05$).

Análisis de la fiabilidad de las escalas

Considerando los dos grupos juntos, en el análisis de la fiabilidad encontramos un índice alfa de Cronbach de 0,73 cuando son incluidos todos los ítems del cues-

Tabla 1
Diferencias intergrupales en las puntuaciones de las escalas del EORTC QLQ-C30

ESCALA	PUNTUACIONES MEDIAS			Sig. "t"
	Enfermos estabilizados	Enfermos descompensados	TOTAL	
F. Físico	51,87	23,75	—	0,000***
F. Rol	40,62	17,19	—	0,014*
F. Emocional	73,70	62,76	68,23	0,072
F. Cognitivo	84,90	75,00	79,95	0,120
F. Social	92,19	78,65	—	0,017*
Escala Global	59,37	52,60	55,99	0,274
Fatiga	60,42	47,57	53,99	0,102
Náuseas-vómitos	92,18	93,23	92,71	0,803
Dolor	82,81	81,77	82,29	0,866
Disnea	41,67	12,50	—	0,000***
Insomnio	67,71	46,87	—	0,009**
Pérdida de Apetito	88,54	81,25	84,90	0,319
Constipación	85,42	77,08	81,25	0,233
Diarrea	92,71	95,83	94,27	0,328
Impacto Financiero	83,33	87,50	85,42	0,599

(***) p<0,001 (**) p<0,01 (*) p<0,05

tionario; si sólo son considerados aquellos que forman parte de escalas compuestas por más de un ítem, el valor alfa es de 0,65. Finalmente, los valores alfa para cada una de las escalas compuestas por más de un ítem (tabla 3), oscilan entre 0,40 (*Funcionamiento Social*) y 0,80 (*Escala Global*).

Análisis de correlaciones entre las escalas

Llevamos a cabo un análisis de correlaciones de Pearson con todas las escalas que configuran el cuestionario, obteniendo los resultados que aparecen en la tabla 4. A través del análisis de estas correlaciones podemos comprobar las estrechas relaciones existentes entre las escalas. Así, analizando las correlaciones al nivel de probabilidad del 0,001 podemos agrupar estas escalas en dos bloques compuestos por dimensiones estrechamente relacionadas entre ellas. En el primero se situarían *Funcionamiento Físico*, *Funcionamiento del Rol*, *Escala Global*, *Fatiga* y *Disnea*. En el segundo, *Funcionamiento Emocional*, *Funcionamiento Cognitivo* y *Funcionamiento Social*. Además, entre las escalas de ambos grupos se establecen relaciones estadísticamente significativas, ya a un nivel de probabilidad del 0,01.

Análisis de Regresión Múltiple

Llevamos a cabo un Análisis de Regresión Múltiple utilizando las escalas que configuran el EORTC QLQ-C30 como variables predictoras y las puntuaciones en las escalas de Ansiedad y Depresión del HAD en los dos grupos juntos como variables criterio; de esta forma obtendríamos dos ecuaciones de regresión, una para Ansiedad y otra para Depresión.

Antes de proceder a este análisis, juzgamos necesario valorar la idoneidad de este procedimiento en atención a nuestros datos. Para ello, y a través de un análisis gráfico de los residuales estandarizados, comprobamos que se cumplían las condiciones de linealidad y homocedasticidad de los datos. Por otro lado, la independencia de los errores fue evaluada a través del estadístico de Durbin-Watson (Ansiedad: 2,067; Depresión: 2,089). Finalmente, la normalidad de la distribución de los residuos fue comprobada a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con las puntuaciones residuales estandarizadas (Ansiedad: $p=0,692$; Depresión: $p=0,835$).

Tras comprobar el cumplimiento de estos requisitos, abordamos el Análisis de Regresión Múltiple con el procedimiento «Stepwise», lo que nos proporcionó ecuaciones de regresión estadísticamente significativas para las puntuaciones en Ansiedad y en Depresión (en ambos casos con una $p<0,001$) (tabla 5). Los valores R nos muestran que la capacidad predictiva sobre las alteraciones afectivas es mayor en el caso de la Ansiedad (R^2 ajustada=0,628) que en la Depresión (R^2 ajustada=0,597).

Una vez establecida la capacidad de los datos para predecir la existencia de alteraciones afectivas, abordamos la identificación de las escalas del EORTC QLQ-C30 sobre las que aquélla se asienta. En el caso de la Ansiedad (tabla 6), estas escalas, ordenadas en función de su valor T, fueron *Funcionamiento Cognitivo* ($p<0,001$), *Funcionamiento Emocional* ($p<0,01$), *Fatiga* ($p<0,05$) y *Escala Global* ($p<0,05$). En el

Tabla 2
Diferencias intergrupales en las puntuaciones del HAD

ESCALA	PUNTUACIONES MEDIAS		
	Enfermos estabilizados	Enfermos descompensados	TOTAL
Ansiedad	5,719	7,187	6,453
Depresión	4,406	7,187	5,797

(*) $p<0,05$

Tabla 3
Índices alfa de Cronbach de las escalas del EORTC QLQ-C30

ESCALA	FIABILIDAD
Funcionamiento Físico	0,72
Funcionamiento del Rol	0,62
Funcionamiento Emocional	0,74
Funcionamiento Cognitivo	0,71
Funcionamiento Social	0,40
Escala Global	0,80
Fatiga	0,71
Náuseas-vómitos	0,41
Dolor	0,71

Tabla 4
Correlaciones entre las escalas del EORTC QLQ-C30

	FF	FR	FE	FC	FS	GL	FA	NV	DO	DIS	IN	PA	CO	DIA
FF	1,00													
FR	0,60**	1,00												
FE	0,32*	0,08	1,00											
FC	0,22	0,10	0,51**	1,00										
FS	0,33*	0,17	0,45**	0,23	1,00									
GL	0,53**	0,27	0,38*	0,11	0,33*	1,00								
FA	0,54**	0,40*	0,36	0,09	0,29	0,47**	1,00							
NV	0,07	0,07	-0,14	0,03	0,06	0,17	1,00							
DO	0,14	0,17	-0,05	-0,08	-0,04	-0,08	0,27	0,21	1,00					
DIS	0,65**	0,57**	0,30	-0,00	0,24	0,47**	0,58**	0,03	0,13	1,00				
IN	0,33*	0,22	0,33*	0,15	0,33*	0,24	0,36*	0,10	-0,09	0,34*	1,00			
PA	0,26	0,16	0,28	0,31	0,10	0,01	0,32	-0,05	-0,11	0,20	0,24	1,00		
CO	0,06	-0,10	0,06	-0,07	0,17	0,08	0,01	0,06	-0,12	0,11	-0,02	-0,14	1,00	
DIA	0,05	-0,03	0,23	0,32*	0,26	0,14	0,11	-0,08	-0,08	-0,05	0,14	-0,21	1,00	
IF	0,13	-0,02	0,22	0,11	0,27	0,26	0,15	0,40*	0,09	0,03	0,30	-0,03	0,00	0,053

(**) p<0,001 (*) p<0,01

FF=Funcionamiento Físico; FR=Funcionamiento del Roi; FE=Funcionamiento Emocional; FC=Funcionamiento Cognitivo; FS=Funcionamiento Social; GL=Escala Global; FA=Fatiga; NV=Fatiga; DO=Dolor; DIS=Disnea; IN=Náuseas-vómitos; CO=Constipación; DIA=Diarrea; PA=Insomnio; PA=Pérdida de apetito; CO=Pérdida de apetito; PA=Insomnio; PA=Pérdida de apetito; CO=Constipación; DIA=Diarrea; IF=Impacto financiero.

Tabla 5
Parámetros del modelo de regresión

	R Múltiple	R ²	R ² ajustada	Error estandarizado	Sig. F
ANSIEDAD	0,807	0,652	0,628	3,408	0,000***
DEPRESIÓN	0,793	0,629	0,597	2,953	0,000***

(***) p<0,001

Tabla 6
Variables en la ecuación de regresión para Ansiedad

VARIABLE	B	SE B	Beta	T	Sig. t
F. Cognitivo	-0,0774	0,0199	-0,3518	-3,890	0,000***
F. Emocional	-0,0774	0,0228	-0,3374	-3,393	0,001**
Fatiga	-0,0408	0,0159	-0,2297	-2,569	0,013*
Escala Global	-0,0501	0,0205	-0,2206	-2,446	0,017*
(Constante)	22,9369	1,6835		13,625	0,000***

(***) p<0,001 (**) p<0,01 (*) p<0,05

Tabla 7
Variables en la ecuación de regresión para Depresión

VARIABLE	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Fatiga	-0,0549	0,0136	-0,3712	-4,043	0,000***
Escala Global	-0,0646	0,0178	-0,3415	-3,617	0,001**
F. Cognitivo	-0,0541	0,0151	-0,2955	-3,585	0,001**
F. Social	-0,0462	0,0183	-0,2257	-2,526	0,014*
Impacto Financiero	0,0309	0,0125	0,2081	2,461	0,017*
(Constante)	18,0151	1,8177		9,911	0,0000***

(***) p<0,001 (**) p<0,01 (*) p<0,05

caso de la Depresión (tabla 7), las escalas fueron *Fatiga* ($p<0,001$), *Escala Global* ($p<0,01$), *Funcionamiento Cognitivo* ($p<0,01$), *Funcionamiento Social* ($p<0,05$) e *Impacto Financiero* ($p<0,05$). Sólo en el caso de esta última escala se produce una relación positiva entre los índices de Calidad de Vida y los de alteraciones afectivas (un mayor deterioro del área de Calidad de Vida se asocia a un mejor estado afectivo, en este caso en el ámbito depresivo).

Discusión

Esta investigación parte de la necesidad de encontrar instrumentos que nos permitan apresar la realidad psicosocial de los enfermos, en este caso con EPOC. Al considerar el posible uso del EORTC QLQ-C30 juzgamos importante que éste nos permitiera recoger los cambios que se producen en los pacientes a lo largo del tiempo; es por ello por lo que teníamos un gran interés en comprobar si el cuestionario mostraba diferentes perfiles de respuesta en enfermos en situaciones clínicas muy diferentes. Contábamos con pacientes con una misma enfermedad (EPOC) pero en dos estados médicos distintos (estabilización y agudización puntual) y establecimos comparaciones intergrupales en las dimensiones que configuraban el cuestionario. Los resultados obtenidos resultan acordes con lo esperable en un instrumento sensible a los rasgos que configuran las situaciones médicas. En efecto, las escalas en las que aparecen estas diferencias son aquellas que recogen las condiciones fisiológicas (especialmente la disnea) e instrumentales (capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana y realizar actividades) ligadas al agravamiento del cuadro; además, también recoge las diferencias que a nivel social y familiar introduce la descompensación de la enfermedad y la consiguiente hospitalización.

La principal objeción que podríamos plantear a este instrumento es su incapacidad para distinguir a los grupos en el ámbito afectivo (*Funcionamiento Emocional* y *Funcionamiento Cognitivo*); no obstante, el hecho de que en el HAD no encontramos diferencias intergrupales en el ámbito de la Ansiedad nos permite interpretar estos resultados como un reflejo de la inexistencia de diferencias, más que como una incapacidad para detectarlas. Además, esto nos abre paso a nuevas líneas de investigación que nos permitan conocer qué mecanismos de adaptación utilizan los enfermos para que no se refleje en su estado de ánimo el deterioro fisiológico e instrumental que sufren.

En el resto de las escalas, en las que no aparecen diferencias intergrupales, se recogen áreas de funcionamiento personal que no se ven comprometidas en este ámbito del enfermar; en efecto, apenas existe deterioro en estas dimensiones, las cuales sí pueden resultar relevantes en los enfermos con cáncer para los que se construyó la prueba (náuseas y vómitos, dolor, etc.); en este sentido, parece que los ítems que componen estas escalas abordan el «estado de salud percibido», es decir, la valoración del individuo de su funcionamiento físico.

Otro dato importante es el hecho de que no existen diferencias intergrupales en la *Escala Global*, que recoge la valoración que el individuo hace de su estado físico y Calidad de Vida en general. En efecto, a pesar de las diferencias existentes en su

condición médica, y de las encontradas en escalas que recogen aspectos relevantes del funcionamiento personal de los enfermos, estos no hacen valoraciones globales sustancialmente diferentes. Este resultado parece apoyar la idea de que los seres humanos tenemos dificultades para evaluar de forma global nuestra Calidad de Vida en la Salud, lo que ha motivado que ésta sea descompuesta en dominios (Rogerson, 1995). También podemos interpretar este resultado considerando que los enfermos evalúan el nivel de satisfacción con su estado de salud y con su vida con cierta independencia de su estado médico, ya sea porque constituyan áreas de valoración diferentes, o porque el enfermo utilice estrategias de afrontamiento que le permitan realizar estas consideraciones.

Por otra parte, los análisis destinados a conocer las características generales de este instrumento también han resultado satisfactorios. En primer lugar, el nivel de fiabilidad de la prueba, evaluado a través del coeficiente alfa de Cronbach, ofrece un buen valor (0,73) y el análisis de las diversas escalas también resulta positivo. En efecto, de las nueve escalas evaluadas, en seis de ellas el valor alfa es superior a 0,70. Las menores puntuaciones corresponden a las escalas *Funcionamiento Social* (0,40) y *Náuseas-vómitos* (0,41). Esta baja fiabilidad de la escala de *Funcionamiento Social* ya fue detectada en la adaptación a la población española realizada por Arrás *et al.* (1995), lo que apunta a una debilidad estructural de la prueba.

En segundo lugar, el estudio de las relaciones existentes entre las distintas escalas que configuran el cuestionario nos mostró una serie de correlaciones que se correspondían con lo esperable. Así, hemos identificado dos grupos de escalas estrechamente interrelacionadas entre sí. Por un lado, aquéllas que indican un deterioro fisiológico e instrumental (*Funcionamiento Físico*, *Funcionamiento del Rol*, *Escala Global*, *Fatiga* y *Disnea*). Por otro lado, las escalas que muestran el deterioro a nivel psicosocial (*Funcionamiento Emocional*, *Funcionamiento Cognitivo* y *Funcionamiento Social*). No obstante, esta parte del estudio tiene un carácter exploratorio, en cuanto que el análisis más oportuno implicaría una descomposición factorial, para el que los requerimientos muestrales serían diferentes a los de nuestra investigación.

Por otro lado, gracias al Análisis de Regresión podemos determinar la capacidad de predicción sobre las alteraciones afectivas. Los valores «R» nos permiten comprobar la moderada capacidad del EORTC QLQ-C30 para predecir la existencia de manifestaciones ansiosas y depresivas en los enfermos con EPOC, especialmente para las primeras. El análisis de las escalas sobre las que se sustenta esta capacidad nos aporta claves para profundizar en el conocimiento del rendimiento de esta prueba. En primer lugar resulta llamativa la ausencia en las ecuaciones de regresión de las escalas que indican problemas físicos (*Funcionamiento Físico*, *Funcionamiento del Rol*, *Disnea*); esto apoya una idea que sustenta el ámbito de estudio de la Calidad de Vida en la Salud: la falta de una correspondencia lineal entre la presencia de una enfermedad y la existencia de alteraciones afectivas.

Otras ausencias importantes son las de las escalas que ya identificamos como escasamente relevantes al realizar las comparaciones intergrupales. En efecto, *Náuseas-vómitos*, *Dolor*, *Pérdida de Apetito*, *Constipación* y *Diarrea*, que recogen síntomas poco relevantes en los enfermos con EPOC, no aparecen en las ecuaciones de regresión.

Frente a estas ausencias, nos encontramos con otras escalas que sí son relevantes. Así, *Funcionamiento Cognitivo*, *Fatiga* y *Escala Global* aparecen en las dos ecuaciones de regresión, si bien ocupan un papel diferente en cada una de ellas. En efecto, la Ansiedad es predicha especialmente por *Funcionamiento Cognitivo* y *Funcionamiento Emocional* (esta última resulta esperable en tanto que recoge síntomas ansiosos). En cambio, la Depresión es predicha fundamentalmente por *Fatiga*, *Escala Global* y *Funcionamiento Cognitivo*.

Finalmente, un resultado llamativo es el hecho de que la escala *Impacto Financiero* establece una relación positiva con la presencia de alteraciones depresivas, lo que requeriría investigaciones ulteriores para el esclarecimiento de un resultado inicialmente paradójico.

Podemos establecer dos grandes bloques de conclusiones derivadas de nuestra investigación. En primer lugar, el análisis del comportamiento del EORTC QLQ-C30 en esta población ha proporcionado resultados esperanzadores. En efecto, muestra una gran sensibilidad a las características que delimitan la condición médica de estos enfermos y una buena capacidad predictiva sobre la presencia de alteraciones ansiosas y depresivas. No obstante, algunas de las escalas que lo componen recogen aspectos del funcionamiento personal que no resultan relevantes en este ámbito del enfermar. Estos datos nos llevan a considerar que este cuestionario pudiera ser utilizado como instrumento base en la elaboración de pruebas específicas para estos enfermos.

En segundo lugar, el análisis de la Calidad de Vida en los enfermos con EPOC nos ha mostrado el importante deterioro que puede implicar esta enfermedad, especialmente en aquellos casos en los que se produce una descompensación del cuadro. No obstante, resulta especialmente relevante el hecho de que el deterioro a nivel físico e instrumental no implique necesariamente un mal funcionamiento a nivel psicológico, lo que nos obliga a plantearnos el estudio de aquellos recursos que pudieran estar utilizando los enfermos en estas situaciones estresantes.

Referencias

- American Thoracic Society (1987). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *American Review of Respiratory Disease*, 136, 225-244.
- Arrarás, J.I., Illarramendi, J.J. y Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 13-33.
- Caro, I., e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en la Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- De Boer, J.B., Sprangers, M., Aaronson, N., Lange, J. y Van Dam, F. (1994). The feasibility, reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in assessing the quality of life of patients with a symptomatic HIV infection or AIDS (CDC IV). *Psychology and Health*, 9, 65-77.
- De Boer, J.B., Van Dam, F. y Sprangers, M. (1995). Health-related Quality of Life evaluations in HIV-infected patients: a review of the literature. *PharmacoEconomics*, 8, 291-304.

- De Boer, J.B., Van Dam, F., Sprangers, M., Frissen, J. y Lange, J. (1993). A longitudinal study on the Quality of Life of symptomatic HIV-infected patients (CDC IV) in a trial of zidovudine versus zidovudine and interferon- α . *AIDS*, 7, 947-953.
- Díez, A. y Tobal, M. (1997). Medición de la calidad de vida relacionada con la salud en neumología: ¿tan sólo promesas? *Anales de Medicina Interna*, 14, 425-427.
- Dorca, J. y Estopà, R. (1985). Insuficiencia respiratoria. Factores desencadenantes. *Clínica. Medicine (Ed. Española)*, 27, 38-45.
- Ferrer, M., Antó, J.M., Alonso, J. y The Quality of Life in COPD Study Group (1995). Quality of life in COPD patients of different stages of the disease. *European Respiratory Journal*, 8, 354-360.
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D. y Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal*, 305, 1074-1077.
- Guell, R., Casán, P., Sangeris, M., Sentís, J., Morante, F. y Borrás, J.M. (1995). Traducción española y validación de un cuestionario de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 31, 202-210.
- Guyatt, G.H., Berman, L.B., Townsend, M., Pugsley, S.O. y Chambers, L.W. (1987). A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*, 42, 773-778.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H. y Patrick, D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.
- Hafner, J.P. y Ferro, T.J. (1999). Bronquitis aguda en adultos: enfoque terapéutico actual. *Tiempos médicos*, 556, 7-14.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale. A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- Huetter, B.O. y Wuertemberger, G. (1997). Reliability and validity of the German version of the Sickness Impact Profile in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychology and Health*, 12, 149-159.
- Jones, P.W. (1995). Issues concerning health-related quality of life in COPD. *Chest*, 107, 187S-193S.
- Jones, P.W., Quirk, F.H., Baveystock, C.M. y LittleJohns, P. (1992). A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. *American Review of Respiratory Disease*, 145, 1321-1327.
- Mahler, D.A. y Mackowiak, J.I. (1995). Evaluation of the short-form 36- ítem questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD. *Chest*, 107, 1585-1589.
- Maille, A.R., Kaptein, A.A., de Haes, J.C. y Everaerd, W.T. (1996). Assessing quality of life in chronic non-specific lung disease. A review of empirical studies published between 1980 and 1994. *Quality of Life Research*, 5, 287-301.
- Maille, A.R., Koning, C.J., Zwinderman, A.H., Willems, L.N., Dijkman, J.H. y Kaptein, A.A. (1997). The development of the «Quality-of-life for Respiratory Illness Questionnaire (QOL-RIQ)»: a disease-specific quality of life questionnaire for patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease. *Respiratory Medicine*, 91, 297-309.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B. y Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259.
- Organización Mundial de la Salud (1976). *Constitución de la OMS*. Ginebra: OMS.
- Prieto, L., Alonso, J., Ferrer, M. y Antó, J.M. (1997). Are results of the SF-36 Health Survey and the Nottingham Health Profile similar? a comparison in COPD patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 463-473.

- Roback, H.B. (dir.) (1984). *Helping patients and their families cope with medical problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rogerson, R.J. (1995). Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Social Science and Medicine*, 41, 1373-1382.
- Sanjuàs, C. y Alonso, J. (1995). Medir la calidad de vida relacionada con la salud en Neumología: para qué y cómo. *Archivos de Bronconeumología*, 31, 199-201.
- Tu, S.P., McDonell, M.B., Spertus, J.A., Steele, B.G. y Fihn, S.D. (1997). A new self-administered questionnaire to monitor health-related quality of life in patients with COPD. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP) Investigators. *Chest*, 112, 614-622.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.